

PERBEDAAN RESPON SOSIAL PENDERITA HIV-AIDS YANG MENDAPAT DUKUNGAN KELUARGA DAN TIDAK MENDAPAT DUKUNGAN KELUARGA DIBALAI KESEHATAN PARU MASYARAKAT (BKPM) SEMARANG

Sandy Marubenny¹, Siti Aisah², Mifbakhuddin³

Abstrak

Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) merupakan kumpulan gejala penyakit yang disebabkan oleh *Human Immunodeficiency Virus (HIV)*. Virus HIV ditemukan dalam cairan tubuh terutama pada darah, cairan sperma, cairan vagina dan air susu ibu. Virus tersebut merusak kekebalan tubuh manusia dan mengakibatkan turunnya atau hilangnya daya tahan tubuh sehingga mudah terjangkit penyakit infeksi. Tujuan penelitian untuk mengetahui perbedaan respon sosial yang mendapat dukungan keluarga dan tidak mendapat dukungan keluarga di Balai Kesehatan Paru Masyarakat (BKPM) Semarang. Jenis penelitian yang dipakai *observasi analitik* dengan pendekatan *cross sectional*, dengan tujuan *prospektif*. Populasi dalam penelitian ini adalah ODHA di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Semarang dan sampel penelitian ini berjumlah 39 orang. Variabel bebas penelitian ini adalah dukungan keluarga sedangkan Variabel terikat dalam penelitian ini adalah respon sosial. Analisa data yang digunakan yaitu analisa univariat dan analisa bivariat. Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar berusia dewasa awal antara 18 – 40 tahun sebanyak 29 orang (74,4%) dan sebagian besar berjenis kelamin perempuan dengan tingkat pendidikan SMA sebanyak 21 orang (53,8%) sedangkan untuk pekerjaan sebanyak 25 orang (64,1%) bekerja di swasta. Sebanyak 22 orang (56,4%) respon sosialnya mal adaptif sisanya sebanyak 17 orang (43,6%), sedangkan untuk dukungan keluarga sebagian besar mendukung sebanyak 22 orang (59,0%) sedangkan sisanya tidak mendukung sebanyak 17 orang (41,0%), hasil nilai didapat gambaran nilai p-value 0,267 (p value > 0,05) jadi kesimpulannya tidak ada perbedaan respon sosial penderita HIV-AIDS yang mendapat dukungan dan tidak mendapat dukungan keluarga. Berdasarkan hasil tersebut perlu optimalisasi untuk meningkatkan respon sosial di masyarakat, mengintegrasikan upaya promotif dan preventif di dalam program Balai Kesehatan Paru masyarakat.

Kata kunci : respon sosial, dukungan keluarga, HIV/AIDS

Abstract

Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) is the collection of disease symptoms caused by *Human Immunodeficiency Virus (HIV)*. HIV virus is found in the body liquid especially in the blood, sperm liquid, vagina liquid and mother's milk. The Virus harms human body immune and cause the decrease or loss of the body immune so that the person will be easily infected. The objectives of this research is to find out the difference between social responses which gets family support and which doesn't get family support in public lungs health hall (BKPM) Semarang. The type of research used is *analytic observation* using *cross sectional* approach, with *prospektive* objective. The Population of this research is ODHA in public lungs health hall Semarang and the sample of this research are 39 people. The free variable of this research is family support while the bound variable of this research is social response. The data analyses used are univariat analysis and bivariat analysis. The result of this research shows that majority of respondents are adults beginner between 18 – 40 years old as many as many as 29 people (74,4%) and majority are female with level education of SMA as many as 21 people (53,8%) while for the job as many as 25 people (64,1%) work in private sector. There are 22 people (56,4%) mal adaptive social responses, the rest are 17 people (43,6%), while for family support majority give support as many as 22 people (59,0%) and the rest do not give support as many as 17 people (41,0%), overview of the results obtained p-value score is 0,267 (p value > 0,05) so the result is no difference social response toward HIV-AIDS victims who get family support and who do not get family support. Based on the result, it needs optimisation to increase public social response, integrated promotive dan preventive effort in public lungs health hall program.

Key words : social response, family support, HIV/AIDS

PENDAHULUAN

Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) merupakan kumpulan gejala penyakit yang disebabkan oleh *Human Immunodeficiency Virus* (HIV). Virus HIV ditemukan dalam cairan tubuh terutama pada darah, cairan sperma, cairan vagina dan air susu ibu. Virus tersebut merusak kekebalan tubuh manusia dan mengakibatkan turunnya atau hilangnya daya tahan tubuh sehingga mudah terjangkit penyakit infeksi (Nursalam, 2007).

Permasalahan yang biasa muncul pada pasien HIV/AIDS adalah selain masalah fisik juga adanya stigma yaitu reaksi sosial terhadap pasien HIV/AIDS yang jelek. Stigma ini muncul karena penyakit ini berkaitan dengan perilaku homoseksual dan pemakai narkoba suntik sehingga pasien HIV/AIDS dianggap tidak bermoral. Permasalahan yang begitu kompleks pada pasien HIV/AIDS diiringi dengan kehilangan dukungan sosial seperti kurangnya perhatian keluarga dan masyarakat. Reaksi tersebut menjadi pengalaman buruk bagi pasien HIV/AIDS dimana disaat dia membutuhkan dukungan tidak ada yang membantunya sehingga banyaknya muncul depresi pada pasien HIV/AIDS (Carson, 2000).

Wolcott, (2005) dalam Pequegnat & Bell, (2011) mengemukakan bahwa respon negatif pada penderita HIV-AIDS menghadapi situasi hidup dimana mereka sering menghadapi sendiri kondisinya tanpa dukungan dari teman dan keluarga yang memberi dampak kecemasan, depresi, rasa bersalah dan pemikiran atau perilaku bunuh diri. Kurangnya dukungan keluarga berdampak pada respon sosial pasien tersebut. Respon sosial yang positif dapat mendukung proses pengobatan sehingga progresivitas penyakit setidaknya dapat dihambat dan umur harapan hidup pasien HIV-AIDS lebih panjang. Namun pengaruh dukungan keluarga terhadap respon sosial pada pasien HIV dan AIDS masih belum jelas.

Mencermati adanya keterkaitan antara kondisi penderita HIV-AIDS dengan progresivitas penyakit maka perlunya menciptakan lingkungan yang kondusif dengan cara meningkatkan dukungan sosial pada penderita HIV-AIDS. Dampak sosial tersebut dapat sangat membantu setelah mengalami dampak dari kondisinya dan penting untuk mengurangi gangguan psikologik yang berkaitan dengan HIV-AIDS. Tersedianya dukungan sosial itu sangat diperlukan sehubungan dengan rasa keputusasaan yang dihadapi penderita dan diharapkan dengan adanya dukungan dari

keluarga dampak yang dialami penderita berkurang dan respon sosial (emosional) pasien akan lebih baik, dimana respon emosi, kecemasan, dan interaksi sosialnya menjadi lebih positif.

Melihat semakin banyaknya kasus HIV-AIDS dan permasalahan ODHA yang banyak, penting baginya seorang ODHA untuk mendapatkan dukungan keluarga guna meningkatkan respon sosial yang berguna untuk meningkatkan kualitas hidup ODHA. Setelah dilakukan *Pilot Study* terhadap 8 pasien ODHA yang melakukan pemeriksaan HIV yang dilakukan setiap tanggal 14, di dapatkan 5 diantaranya tidak mendapatkan dukungan keluarga pengaruh terhadap respon sosialnya negative dan mengarah ke maladaptif sedangkan 3 diantaranya mendapatkan dukungan keluarga pengaruh respon sosialnya positif dan mengarah ke adaptif. Adapun tujuan penelitian untuk Mengetahui perbedaan respon sosial penderita HIV-AIDS yang mendapat dukungan keluarga dan tidak mendapat dukungan keluarga.

METODE

Jenis penelitian yang dipakai dalam penelitian ini adalah *observasi analitik* dengan pendekatan *cross sectional*

(Sastroasmoro, 2008), dengan tujuan *prospektif*, dengan sampel dalam penelitian ini adalah seluruh populasi yang ada yaitu 39 orang yang dikelola oleh manajer kasus HIV dan AIDS di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Semarang. Penelitian ini menggunakan teknik sampel jenuh atau sampel total (Hidayat, 2007). penelitian ini dilakukan di BKPM Semarang, dan menggunakan alat pengumpul data berupa kuesioner, proses penelitian ini berlangsung pada tanggal 14 Juli 2012. Data dianalisis secara univariat, bivariat (perbedaan, *kolmogorov smirnov, mann whitney*).

HASIL

Hasil penelitian diperoleh rata-rata mereka berumur antara umur 18-40 tahun sebanyak 29 orang 74,4%, mayoritas berjenis kelamin perempuan 24 orang 61,5% , rata-rata berpendidikan SMA sebesar 53,8% serta rata-rata mereka bekerja rumahan atau swasta 25 orang, 64,1%. Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa respon sosial penderita HIV-AIDS mal adaptif sebanyak 22 orang, 56,4% dan respon adaptif sebanyak 17 orang 43,6% (tabel 1). Serta dukungan keluarga yang mendukung sebanyak 22 orang 59,0% dan yang tidak mendapat dukungan keluarga sebanyak 17 orang, 41,0% (tabel 2).

Tabel 1
Distribusi frekuensi berdasarkan respon sosial di BKPM Semarang
Juli 2012 (n=39).

Respon sosial	Jumlah	Persentase
Mal Adaptif	22	56,4%
Adaptif	17	43,6%
Total	39	100%

Berdasarkan tabel 1 diatas diketahui bahwa dari 39 responden didapatkan respon sosial yang mal adaptif sebanyak 22 orang

(56,4%), sedangkan respon sosial yang adaptif sebanyak 17 orang atau (43,6%).

Tabel 2
Distribusi Dukungan Keluarga ODHA di BKPM Semarang Juli
Tahun 2012 (n=39).

Dukungan Keluarga	Jumlah	Persentase %
Tidak mendukung	17	41,0%
Mendukung	22	59,0%
Total	39	100%

Berdasarkan Tabel 2 diatas ODHA di BKPM Semarang yang mendapat dukungan keluarga sebanyak 22 orang (59,0%), sedangkan untuk yang tidak mendukung sebanyak 17 orang (41,0%).

Hasil uji Mann Whitney diketahui bahwa perbedaan respon sosial dengan dukungan keluarga didapatkan 17 responden yang

mendapat dukungan keluarga responnya adaptif dan 22 responden mendapat dukungan keluarga responnya maladaptife. Dengan nilai p-value 0,267 (p value > 0,05) sehingga Ho ditolak. Kesimpulannya adalah tidak ada perbedaan respon sosial penderita HIV-AIDS yang mendapat dukungan dan tidak mendapat dukungan keluarga.

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil analisis menunjukkan sebagian besar responden masih berperilaku mal adaptif, ditunjukan dengan mereka masih menyukai kehidupan saat ini sebanyak 25 orang (64,1%), sedangkan sisanya yang masih kadang-kadang sebanyak 11 orang

(28,2%) dan 3 orang (7,7%) tidak pernah menyukai dikarenakan mereka tidak begitu memperhatikan kesehatan mereka karena belum muncul efek samping dari penyakit itu sendiri dan mereka tidak begitu memperdulikan yang terjadi dengan dirinya sendiri. Responden adaptif yang besar

ditunjukkan sebanyak 26 orang (66,7%) mereka senang apabila ide mereka dapat diterima, sedangkan sisanya kadang-kadang 11 orang (28,2%) dan 2 orang (5,1%) tidak pernah di karena mereka merasa dihargai dengan orang sekitar yang berkomunikasi dengan mereka karena menganggap mereka seperti orang pada umumnya yang terkena penyakit.

Respon adalah suatu reaksi baik positif maupun negatif yang diberikan oleh masyarakat (Pequegnat, 2011) respon akan timbul setelah seorang atau sekelompok orang terlebih dahulu merasakan kehadiran suatu objek dan dilaksanakan, kemudian menginterpretasikan objek yang dirasakan tadi. Berarti dalam hal ini respon pada dasarnya adalah proses pemahaman terhadap apa yang terjadi dilingkungan dengan manusia dan tingkah lakunya, merupakan hubungan timbal balik, saling terkait dan saling mempengaruhi.

Banyak dari ODHA yang telah terinfeksi mereka tertutup dalam artian tidak mau menceritakan kepada temannya, keluarga atau koordinator ODHA bahwa dia terinfeksi. Manusia sebagai makhluk sosial, Menurut Stuart Gail W (2009) manusia tidak mampu memenuhi kebutuhan hidupnya tanpa ada hubungan dengan lingkungan sosialnya. Hubungan dengan orang lain dan

lingkungan sosialnya menimbulkan respon-respon sosial pada individu. Rentang respon sosial individu berada dalam rentang adaptif sampai dengan maladaptif. Hal itu sesuai dengan Mitchell (2002) penelitian yang dilakukan di Uganda tentang respon sosial masyarakat terhadap pasien dengan HIV /AIDS didapatkan bahwasannya respon sosial seseorang terhadap HIV / AIDS sangat bervariasi, tergantung dengan pendidikan pengetahuan.

Didalam respon adaptif terdapat norma-norma sosial dan kebudayaan meliputi: Menyendiri (*Solitude*), Kebebasan (*Autonomy*), memberi pertolongan (*Mutuality*), Saling Ketergantungan (*Interdependence*) sedangkan untuk respon sosial mal adaptif meliputi Kesepian (*Loneliness*), Penderitaan (*Exploitation*), *Withdrawl* (MenarikDiri), Curiga (*Paranoid*), Manipulasi individu, Impulsif, Narkisisme. Stuart & Sundeen (1998), tanda dan gejala yang muncul pada orang dengan gangguan hubungan sosial: menarik diri, terlihat dari tingkah laku klien yaitu: kurang spontan, apatis, ekspresi wajah kurang berseri, afek tumpul, tidak merawat dan memperhatikan kebersihan diri, komunikasi verbal menurun atau tidak ada, mengisolasi diri, tidak atau kurang sadar dengan lingkungan sekitarnya, pemasukan makanan dan minuman terganggu, kurang

energi, aktivitas menurun, harga diri rendah membentuk posisi janin saat tidur, menolak berhubungan dengan orang lain, gairah seksual menurun, dan ragu terhadap keyakinan yang dianut.

Berdasarkan hasil analisis menunjukkan bahwa sebagian besar responden selalu mendapat dukungan emosional sebanyak 30 orang (76,9%), kadang-kadang 5 orang (12,8%) dan yang tidak pernah sebanyak 4 orang (10,3%), sebanyak 30 orang (76,9%). Dukungan informasi sebagian besar sebanyak 32 orang (82,1%) sedangkan yang kadang-kadang (15,4%) dan yang tidak pernah sebanyak 1 orang (2,6%). Dukungan instrumental sebagian besar responden menjawab selalu sebanyak 29 orang (74,4 %) sedangkan yang kadang-kadang 8 orang (20,5%) dan yang tidak pernah sebanyak 2 orang (5,1%). Dukungan penghargaan sebagian besar responden menjawab selalu sebanyak 23 orang (59,0%) , kadang-kadang 14 orang (35,9%) dan yang tidak pernah sebanyak 2 orang (5,1%), selain semangat keluarga juga memberikan pujian untuk memotivasi agar lebih baik dari kehidupan sebelumnya untuk ikut serta dalam meningkatkan kesehatannya dan mengikuti kegiatan yang positif.

Dari keempat dukungan tersebut dukungan yang paling mendominasi adalah dukungan

informasi yaitu sebanyak 32 orang (82,1%). Hal ini dikarenakan di dalam keluarga tersebut komunikasi selalu terjaga, ada keterbukaan di dalam komunikasi.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan ODHA yang mendapat dukungan keluarga di BKPM Semarang sebanyak (41,0%), Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan bahwa dukungan keluarga responden frekuensinya cukup bervariasi yaitu responden yang memiliki dukungan keluarga tinggi sebesar (59,0%), sedangkan untuk yang tidak mendukung sebesar (41,0%).

Dukungan keluarga dapat menjadi faktor yang dapat berpengaruh dalam menentukan keyakinan dan nilai kesehatan individu. Keluarga juga memberi dukungan dan membuat keputusan mengenai perawatan anggota keluarga yang sakit. Derajat dimana seseorang terisolasi dari pendampingan orang lain, isolasi sosial, secara negatif berhubungan dengan perilaku kesehatan (Anggipita, 2009).

Melihat data dan fakta dari hasil penelitian tersebut dapat dilihat bahwa sebagian besar keluarga mendukung dengan keadaan keluarganya yang terkena HIV-AIDS. Smet Bart, (2009) keluarga sangat memandang pentingnya dukungan keluarga terhadap penyakit yang diderita keluarganya. Untuk menyikapi hal tersebut peneliti dapat

memberikan uraian karena terdapat banyak bentuk dukungan keluarga, yaitu berupa: dukungan penghargaan (*appraisal support*), dukungan informasi (*information support*), dukungan emosi (*emosional support*), dan salah satunya adalah dukungan materi (*tangible assistance*) yaitu dukungan yang berupa servis (pelayanan), bantuan keuangan dan pemberian barang-barang fasilitas pendidikan (Burgoyne, 2005). Adanya keluarga yang memiliki tidak mendukung keluarganya yang terkena HIV-AIDS karena keluarga memandang bahwasannya tidak ada harapan lagi yang bisa di dapatkan keluarga dari keluarganya yang terkena HIV-AIDS tersebut.

Meskipun berdasarkan uji statistik tidak ada perbedaan tetapi dukungan keluarga sangat dibutuhkan. Miele (2005) bahwa dukungan keluarga sangat dibutuhkan dari penderita HIV-AIDS untuk memantapkan dirinya di lingkungan keluarga serta lingkungan disekitarnya agar tidak ada lagi diskriminasi terhadap ODHA di lingkungan masyarakat. Perlakuan diskriminasi bisa terjadi di dalam keluarganya sendiri atau dalam masyarakat umum. Bentuk diskriminasi dalam keluarga misalnya dengan dikucilkan, ditempatkan dalam ruang atau rumah terpisah. Keluarga adalah tempat utama dimana ODHA mendapat dukungan sehingga dapat memperpanjang usia dan kualitas hidup

mereka, Sehingga dapat dikatakan bahwa semua pihak bertanggung jawab untuk menghilangkan stigma dan diskriminasi terhadap pengidap HIV/AIDS. Diharapkan pihak yang terkait bisa lebih terbuka dalam mendiskusikan masalah HIV/AIDS dalam masyarakat dan meningkatkan kepedulian antar sesama, serta yang terpenting adalah menerima bahwa HIV/AIDS adalah sebuah realitas yang tidak dapat dihindar dari semua orang bisa saja terjangkit penyakit ini (Barge-Schaapveld, & Nicolson, 2002).

Nilai *Man Whitney* dinilai Dengan nilai p-value 0,267 ($p\text{ value} > 0,05$) sehingga tidak ada perbedaan respon sosial penderita HIV-AIDS yang mendapat dukungan dan tidak mendapat dukungan keluarga. Stigma merupakan tantangan terbesar dibanding penyakit itu sendiri karena dapat mengakibatkan penderita menunda mencari pengobatan dan menghambat program pencegahan HIV Nurhidayat, (2005). Adanya stigma dan diskriminasi bisa mengganggu kehidupan penyandang HIV positif dengan mempengaruhi tekanan fisik, psikologi dan kehidupan sosial bahkan depresi. Telah diketahui bahwa stigma dan diskriminasi berkenaan dengan HIV/AIDS melanggar HAM yang paling mendasar, seperti hak untuk hidup bebas, hak atas privasi, serta hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dan pendidikan, adanya

ketakutan dari masyarakat juga sangat mempengaruhi pribadi ODHA Nursalam (2007).

Hal ini terlihat dengan masyarakat menjauhi segala sesuatu yang berhubungan dengan HIV/AIDS, bahkan informasi mengenai HIV/AIDS. Sehingga tidak jarang terjadi kesalahpahaman yang berkembang di kalangan masyarakat umum karena ketidaktahuan informasi tentang HIV/AIDS. Sifat penyangkalan yang berkembang pada sebagian masyarakat justru terkadang membawa pengaruh yang buruk bagi orang itu sendiri. Penolakan pribadi terhadap perubahan perilaku sangat menghambat usaha penanggulangan HIV/AIDS di Jakarta. Penolakan pribadi sangat menghambat perubahan perilaku dirinya sendiri (Sartorius, 2001).

PENUTUP

Berdasarkan hasil penelitian sebagian besar respon sosial ODHA di BKPM Semarang dikategorikan menjadi mal adaptif sebesar 56,4% atau 22 orang dan respon adaptif sebesar 43,6% atau 17 orang dan sebagian besar dukungan keluarga HIV-AIDS di BKPM Semarang di kategorikan mendukung

adalah sebesar 59,0% atau sebanyak 22 orang, sedangkan sisanya sebesar 41,0% atau sebanyak 17 orang tidak mendapat dukungan keluarga secara baik. Tidak terdapat perbedaan antara respon sosial ODHA HIV-AIDS dengan dukungan keluarga ODHA HIV-AIDS dengan ($p\text{-value} = 0,267$ ($p\text{ value} > 0,05$) yang berarti tidak ada perbedaan respon sosial penderita HIV-AIDS yang mendapat dukungan dan tidak mendapat dukungan keluarga. Di karenakan adanya stigma terhadap ODHA dimasyarakat. Mengingat hasil penelitian ini sangat penting diharapkan memberikan tambahan informasi dan mendukung penelitian dan teori yang sudah ada antara respon sosial dan dukungan keluarga. Hasil ini sama sesuai dengan peran perawat sebagai seorang pemberi pelayanan, motivator dan edukator. Bila dikaitkan dengan pelayanan keperawatan, maka diharapkan perawat jiwa dan komunitas dapat memberikan dukungan yang positif, penanaman sikap yang baik untuk memberikan terhadap dukungan motivasi respon yang positif dilingkungan keluarga atau pun lingkungan sosial, serta penyimpangan sosial yang dilakukan masyarakat.

¹ Sandy Marubenny : Mahasiswa Program Studi S1 Keperawatan FIKKES Universitas Muhammadiyah Semarang

² Ns. Siti Aisah: Dosen Kelompok Keilmuan Keperawatan Komunitas Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Semarang

³ Mifbakhuddin: Dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Semarang

KEPUSTAKAAN

- Barge S, & Nicolson. (2002). *Dukungan sosial dan hambatan untuk keterlibatan keluarga dalam pengasuhan untuk orang dengan AIDS: Implikasi untuk pendidikan pasien Pasien Pendidikan dan Konseling*. diunduh tanggal 20 juni 2012.
- Burgoynes, R. W. (2005). Menjelajahi arah sebab-akibat antara dukungan sosial dan hasil klinis untuk HIV-positif dewasa dalam konteks terapi antiretroviral yang sangat aktif Peduli AIDS
- Carson. (2000). *Mental Health Nursing*. W.B. Saunders Company..
- Hidayat, A. A. (2007). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data* (edisi pertama Miele, K. 2005. *Community Aids Watch:Kenya Women Leads The Response*. Canada.
- Miele, K. 2005. *Community Aids Watch:Kenya Women Leads The Response*. Canada.
- Mitchell. (2002). *Exploring The Community To A Randomized Controlled HIV/AIDS interventional trial in rural Uganda*. ProQuest pg. 207
- Nurhidayat, A. W. (2005). *Aspek psikososial dan gangguan psikiatri pada ODHA*. Buku Abstrak Temu Ilmiah Perhimpunan Dokter Peduli AIDS Indonesia 2005. Jakarta
- Nursalam. (2007). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Terinfeksi HIV/AIDS*. Jakarta ; Salemba Medika.
- Pequegnat, W., Bell, C., & Carl. (2011). *Family and HIV/AIDS: Cultural and contextual issues in prevention and treatment*. council Inc:the institute Juvenile Research Departement of Psychiatry, school of medicine University of illionis Chicago, il, USA.
- Sastroasmoro, S. (2008). *Dasar dasar metodologi penelitian klinis*. Edisi III. Jakarta: Cv. Sagungseto
- Smet, B. (2009). *Psikologi Kesehatan*, Jakarta: Gramedia Widiasarana Indonesia.
- Stuart, G. W. (2009). *Principles and practice of psychiatric nursing*. edisi 9. by Mosby, Inc
- Stuart & Sundeen. (1998). *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Edisi III. Jakarta: EGC.